REFLEXIONES EN TORNO AL CONSUMO DE DROGAS EN 1995: JÓVENES QUE CONSUMEN Y ADICTOS A LAS DROGAS[1]

José Santacreu Mas
Dpto. Psicología de la Salud
Universidad Autónoma de Madrid

RESUMEN

En el presente estudio se revisan una serie de informes sobre drogas, algunos de ello no publicados, con el objetivo de analizar cual es la situación de los distintos problemas ocasionados por el consumo de drogas en España. Se describen los supuestos de partida de la creación del Plan Nacional sobre Drogas en 1985 y se analizan algunos de los datos provenientes de las personas en tratamiento y de las encuestas nacionales de población general y de escolares. Finalmente se concluye que los problemas por consumo de drogas planteados hoy son distintos a los existentes en 1985 y exigen otras estrategias de afrontamiento.
Palabras clave: Consumo de drogas, encuestas, Plan Nacional sobre Drogas.

ABSTRACT

In this study we revised some published and not published drugs reports, with the aim to analysed the state of problems related with drug use and abuse in Spain. It is described the prior assumption to institute in 1985 the National Plain of Drugs and we analysed some dates from persons who were in treatment and dates from general and school population. Finally, we conclude that present problems are not the same that drugs problems in 1985 and it demand differents coping strategies.

Key Words: Drug use, Enquires, National Plain of Drugs.

INTRODUCCIÓN

Una de las cuestiones mas importantes que se plantean en el llamado *problema de la droga* es su rápida evolución. Se ha dicho con mucha frecuencia que las drogas y su consumo ocasionan muy diversos tipos de problemas y que la sociedad en cada momento histórico pone el acento en unos u otros aspectos (Santacreu, Zaccagnini y Márquez, 1992). En la década de los ochenta en España, así como en el resto de Europa, la sorpresa ante la creciente incidencia de los consumidores de heroína provocó que se generasen hipótesis en ocasiones parciales y en muchos casos descabelladas respecto a las causas del inicio en el consumo y sobre todo a la constitución de la adicción. Gran parte de esas hipótesis se han ido diluyendo en la medida en que los investigadores se han planteado el desarrollo de modelos explicativos de la adicción y en especial de la adicción a la heroína. Por otra parte el tratamiento de los adictos se ha convertido, por la fuerza de los hechos, en una caso paradigmático de intervención multidisciplinar, lo que ha contribuido al convencimiento de la importancia de la psicología, la sociología, el derecho y otras disciplinas sociales en los temas salud pública.

No obstante los modelos y teorías científicos no siempre impregnan la realidad social con la presteza que sería de desear. Los estudios sobre las drogas en la prensa española (Froján, 1995) muestran lo patentes que son algunos prejuicios y antiguas concepciones sobre el tema. El objetivo de este trabajo es revisar algunos datos publicados en encuestas y documentos oficiales de la DGPNSD (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas) para analizar cuál es el estado de la cuestión y cuáles pueden ser las nuevas perspectivas en este tema.

EL DISCURSO SOBRE LAS DROGAS A PARTIR DE 1985

El consumo de drogas en España se manifestó como un problema con los primeros casos de adicción a la heroína a finales de la década de los setenta. En la primera mitad de la década de los ochenta se extendió de manera alarmante el número de jóvenes que consumían heroína alcanzando a todos los estratos sociales de la población. Aparecieron numerosos casos de adicción con los correspondientes síndromes de abstinencia. La alarma social se desencadenó de la mano de los pequeños robos que realizaban los adictos con el ánimo de obtener financiación para su propio consumo. Los robos en farmacias, el robo con amenazas y la venta de

drogas con el objetivo de hacer frente a los gastos del propio consumo se generalizaron.

La preocupación inicial de la sociedad y de los medios de comunicación fue la *seguridad ciudadana*. El perfil del drogodependiente era el de consumidor de heroína que delinquía habitualmente para pagar el alto precio de la droga. Había personas que consumían otras drogas, cocaína, pegamentos, anfetaminas, sedantes y analgésicos, sin embargo el estereotipo social quedó asociado al heroinómano. Las explicaciones que en aquellos momentos se daban del *absurdo* comportamiento de los drogodependientes eran simples. El estereotipo social fue evolucionando considerándolos desde subversivos, a estúpidos engañados por traficantes sin escrúpulos, delincuentes alocados por el síndrome de abstinencia, pobres marginados subproducto de una sociedad en plena crisis económica, enfermos sin responsabilidad que han tenido la desgracia de sucumbir a la adicción o, como se defiende hoy en ciertos ámbitos, los drogodependientes son personas libres, conocedores de las drogas y sus efectos que desean consumir unas sustancias que debido a la represión policial del tráfico contienen impurezas y resultan caras, lo que les perjudica tanto como la propia adicción. etc.

Por otro lado la alarma social provocada alrededor de las drogas y la delincuencia asociada, generó actuaciones de muy distintas organizaciones, asociaciones de barrio, instituciones sanitarias y de ayuda social de muy distinta índole. Las distintas administraciones acuciadas por la ciudadanía trataban de dar respuesta a un problema que cada vez se intuía mas complejo y en el que muchos se atrevían a defender soluciones excesivamente drásticas y simplistas. Sin duda el problema principal fue el desconocimiento del tema en toda Europa en medio de una eclosión de la epidemia de consumidores de heroína. En aquellos momentos se estimaba que en España había 120.000 adictos a drogas de tráfico ilegal, fundamentalmente a la heroína.

Constituía una sorpresa para la sociedad en general que los adictos no se consideraran enfermos y en consecuencia que no tuvieran interés alguno por el tratamiento. Este hecho, junto al bajo impacto de la desintoxicación en el cambio de comportamiento del drogodependiente, llevó a un cierto desentendimiento del estamento sanitario y a un cierto desencanto de la sociedad, en su expectativa de abordar con éxito el problema. Se pensaba entonces que una vez desintoxicado y desaparecido el síndrome de abstinencia, el individuo no reincidiría en el consumo. Sin embargo un amplio porcentaje de los heroinómanos habían sufrido varias veces el síndrome de abstinencia, permaneciendo abstinentes durante algún tiempo y volviendo a recaer. La hipótesis de la adicción irremisible, la consideración de que el consumo anula la voluntad o el eximente total de responsabilidad por síndrome de abstinencia resultan insostenibles actualmente.

La perspectiva del Plan Nacional sobre Drogas

A partir de 1985 y a la vista de lo mencionado anteriormente, el Gobierno aprobó la creación de un Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) consensuado por todas las fuerzas parlamentarias. (DGPNSD, 1985). Para afrontar la situación, el Plan Nacional deja a un lado la óptica tradicional psiquiátrica en favor de un planteamiento nuevo, más abierto y complejo, que como punto de partida reconoce que en la problemática de las drogas convergen causas y efectos diversos: El consumo de sustancias psicoactivas, tiene como efecto, las adicciones a las drogas, especialmente las muy adictivas, algunas de las cuales se consideran de utilidad para la salud, otras son aceptadas socialmente y otras son de tráfico ilegal. Independientemente de la posible adicción, concurren los *problemas de salud* asociados al consumo y abuso de drogas y las *consecuencias psicosociales* de la adicción. Además, como consecuencia de la amplia prevalencia del consumo surgen otros efectos de índole social que finalmente se convierten también en causa de la mayor magnitud del problema: a) la delincuencia entre los adictos y el problema penitenciario asociado; b) el narcotráfico a gran escala y los desajustes económicos que provoca en los países afectados; c) la corrupción asociada al dinero del narcotráfico; y d) la *alarma social* en los medios de comunicación y la sociedad.

A partir de aquel momento el PNSD establece un marco de actuación multidisciplinario en el que se propone que:

1. Los programas de intervención deben concebirse a partir de estrategias globalizadoras y plurales. Las actuaciones aisladas o esporádicas carecen de efectividad a medio plazo.
2. Los esfuerzos de los diferentes organismos, públicos y privados, deben desarrollarse siguiendo esa estrategia común.
3. La sociedad debe tomar conciencia de que el fenómeno del consumo de drogas afecta a todos y que sin la solidaridad y la intervención de todos los agentes sociales, cualquier proyecto carece de garantías de éxito.

Desde entonces el PNSD en su conjunto dirige sus esfuerzos a tres grandes áreas:

- Reducir la demanda de cualquier sustancia capaz de general drogodependencia mediante la *prevención del consumo de drogas y de las drogodependencias.*
- Fortalecer la red pública de servicios de asistencia y apoyar las iniciativas privadas en este campo, tanto para *desintoxicar como tratar las adicciones.*
- Coordinar la actividad de las diferentes administraciones y de las organizaciones sociales para la asistencia e incorporación social de las personas tratadas.

¿Se han cumplido los objetivos del PNSD? Sin duda se han cumplido algunos objetivos como que en 1995 dispongamos de una completa red asistencial y de incorporación social en la mayoría de las CCAA; a la existencia de órganos de coordinación de los distintos planes autonómicos y de las ONG interesadas por el tema y al desarrollo de **sistemas de información:** indicadores epidemiológicos (de tratamiento, urgencias y mortalidad del SEIT; *Sistema estatal de información sobre toxicomanías*) y encuestas a población general y escolarizada sobre las drogas y su consumo. Sin duda no todas las redes asistenciales son igual de completas ni existe en todas ellas un nivel de actuación profesional, protocolizado y uniforme como el de la Comunidad Autónoma de Madrid (Plan Regional sobre Drogas Comunidad de Madrid, Varios autores, 1995)

La cuestión es si lo que se hace en España en el marco del PNSD es o no suficiente, para abordar no ya los problemas de la pasada década, sino los actuales problemas en torno a las drogas. Para ello revisemos cual es la situación actual a la luz de algunos datos proporcionados por investigación promovida por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD)

LA SITUACIÓN ACTUAL

El análisis de la situación actual para el estudio de las *personas que consumen distintos tipos de sustancias psicoactivas* comprende al menos dos apartados el de la evolución de los **consumidores** de las distintas drogas, en la medida en que son detectables por distintos tipos de encuestas y otros tipos de estudios y el de los **adictos** con sus problemas añadidos de salud e integración social.

Los actuales drogodependientes.

El estudio de las personas drogodependientes de sustancias ilegales que *acuden a tratamiento* indica que el problema esta principalmente relacionado con el consumo de opiáceos en más del 90% de los casos (SEIT, 1994). Los distintos métodos de información ponen de manifiesto que el uso problemático de heroína sigue descendiendo dado que desde 1992 se ha estabilizado el número de personas tratadas por esta dependencia (en torno a 37.000); el número de muertos por reacción aguda ha descendido de forma estable, según datos del SEIT desde 1992 y de la policía; parece estabilizado el número de urgencias relacionados con opiáceos (inestabilidad del indicador) y continúa aumentando la edad media de los consumidores admitidos a tratamiento (27,9 años en 1994) Además, sigue disminuyendo muy rápidamente la práctica de inyectarse en el colectivo total, sustituyéndose ésta por el procedimiento de fumar o inhalar la droga. En aquellos casos tratados por

primera vez durante 1994 sólo un 35% de los casos utiliza la vía intravenosa, mientras que en 1991 eran el 50,3%.

En cuanto al perfil de los drogodependientes consumidores, principalmente de heroína, cabe señalar que son personas entre 20 y 34 años con bajo nivel educativo, desempleados, residentes en ciudades y con un reducido nivel de integración social, siendo cuatro de cada cinco consumidores, varones. Uno de los más graves problemas de salud de los consumidores de heroína por vía parenteral lo constituye la infección por VIH. En España a finales de 1994, el 64,4% de todos los casos diagnosticados de SIDA, 19.012 personas son drogodependientes por vía parenteral (DGPNSD, 1994, 1995).

Los drogodependientes en la cárcel.

Las drogas de tráfico ilegal provocan casos de drogodependientes en situación de privación de libertad. Así, el 30% de las personas que ingresaron en prisión en 1993 eran consumidores de drogas por vía parenteral y de ellos un 30% estaba infectado por VIH. Sin embargo, si estudiamos el porcentaje de drogodependientes por vía parenteral, entre las personas que ingresan por primera vez en la cárcel cada año se observa que disminuyen paulatinamente pasando del 31,9% en 1990 al 20,8% en 1993.

De un estudio realizado por la DGPNSD en colaboración con la D.G de Instituciones Penitenciarias en 1994 y otros estudios derivados del SURI (Sistema Unificado de Recogida de Información de Sanidad Penitenciaria) se deriva que el perfil de los drogodependientes en privación de libertad son fundamentalmente consumidores de cocaína y heroína, un porcentaje menor de consumidores de heroína sola y un número mucho menor de consumidores de cocaína sola. Se declara sin empleo un 50% en el momento de la detención, un 75% aproximadamente son reincidentes, el 55% utilizan jeringuillas y mas de la mitad han realizado algún tipo de tratamiento.

La prevalencia del consumo de drogas en España.

Los datos de la **Encuesta Nacional sobre Drogas** *de Población General de 1993 (17.617 entrevistas a personas de más de 15 años)* con respecto al consumo de **tabaco** muestra que el 42% del total de la muestra fuma, un 15% lo han dejado y un 43% nunca han fumado.

El consumo de **bebidas alcohólicas** según estos mismos datos es el más extendido en España: el 10% de la población no las ha consumido nunca, el 24% han dejado de consumir y el 66% las consume con independencia del modo y la cantidad.

El consumo de drogas ilegales es de muy difícil evaluación mediante encuesta y en general se infravalora el consumo. En la **tabla** 1 se presentan datos de encuestas realizadas en España desde 1984 a 1993. Según esos datos, los derivados de la

cannabis son las drogas ilegales de mayor consumo aunque las encuestas indican que éste desciende suavemente. En cuanto al consumo de cocaína las encuestas indican que su consumo es bastante extendido, mucho más que el de la heroína, sin embargo los patrones de consumo de esta sustancia no derivan en problemas socio-sanitarios desde una perspectiva de salud pública. Los datos de la Encuesta Nacional aunque no son comparables con las otras encuestas muestran que se mantiene el nivel de consumo[2] de la cannabis (16.3%), la cocaína (4,3%) y la heroína (0,8%). Sin embargo, el consumo de drogas sintéticas derivados de anfetaminas parece que aumenta entre los jóvenes (2,2%) al igual que las cantidades decomisadas por la policía de MDMA y otros derivados (mas de 275.000 pastillas en 1993), sin embargo sólo un porcentaje muy bajo la consumen habitualmente (0,2%).

Tabla 1.- Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 30 días y en los últimos 6 meses (%) en varias encuestas dirigidas a la población general. 1984-1993. (Fuente DGPNSD).

Año	Población de referencia	Muestra	Cannabis		Anfetam.		Cocaína	
			30d	6m	30d	6m	30d	6m
1984	12 años y más. España	5958	12,2	14,3	3,7	4,9	1,4	1,8
1985	12 años y más. Aragón	1800	5,2	8,3	0,8	1,1	0,7	1,2
1986	16-65 años. España trab.	1994	11,5	14,7	1,5	1,9	2,4	3,2
1987	16 años y más. Andalucía	2000	9,4	10,8	2,2	2,6	2,8	3,3
1988	12 años y más. Galicia	3700	5,0	5,6	1,4	1,9	1,5	1,7
1989	14-64 años. Madrid mun.	8002	3,5	6,7[b]	*	*	0,9	2,2[b]
1989	16 años y más. Andalucía	2000	5,8	6,9	1,9	2,9	2,3	2,7
1989	14-70 años. Castilla-León	2500	7,8	3,6[b]	1,2	2,1[b]	1,6	2,9[b]
1990	15-64 años. Cataluña	1560	3,2	5,2[b]	0,2	0,6[b]	0,6	1,7[b]
1991	12 años y más. Aragón	1987	7,3	8,7	1,7	2,1[b]	2,7	3,1
1992	14 años y más. Andalucía	2250	4,0	4,8	1,1	1,5	2,0	2,9
1992	14-70 años. Castilla-León	2500	6,4	3,4[b]	0,3	0,8[b]	1,8	4,5[b]
1993	12 años y más. Galicia	2000	1,7	2,4	0,1	0,4	1,2	1,5

b : últimos 12 meses.

Tabla 1.- (Cont.).

Año	Población de referencia	Muestra	Heroína		Inhalables		Alucinóg.	
			30d	6m	30d	6m	30d	6m
1984	12 años y más. España	5958	0,9	1,1	0,4	0,7	1,5	2,1
1985	12 años y más. Aragón	1800	0,3	0,7	0,5	0,3	0,4	0,8
1986	16-65 años. España trab.	1994	0,1	0,1	0,3	0,4	0,7	1,3

1987	16 años y más. Andalucía	2000	1,1	1,5	0,1	0,1	0,7	0,8
1988	12 años y más. Galicia	3700	0,9	1,0	0,1	0,2	0,3	0,6
1989	14-64 años. Madrid mun.	8002	0,2	0,3[b]	*	0,1	*	*
1989	16 años y más. Andalucía	2000	1,1	1,5	0,2	0,9	0,3	1,1
1989	14-70 años. Castilla-León	2500	0,4[b]	0,5[ab]	0,1	0,2[c]	0,4	0,9[c]
1990	15-64 años. Cataluña	1560	0,2	0,2[b]	0,0	0,2[b]	0,2	0,5[b]
1991	12 años y más. Aragón	1987	0,1	0,2	0,5	0,6	1,1	1,3
1992	14 años y más. Andalucía	2250	1,3	1,8	0,2	0,3	0,15	0,4
1992	14-70 años. Castilla-León	2500	0,4[a]	0,5[ab]	0,0	0,0[b]	0,4	0,6[b]
1993	12 años y más. Galicia	2000	0,7	1,0	*	*	0,05	0,6

a : opiáceos ; b : últimos 12 meses ; c : drogas psicodélicas.

Resultan muy interesantes los datos de la **Encuesta Nacional sobre Drogas** relativos al consumo de drogas ilegales (**tabla** 2), los indicadores de acceso a las drogas y el consumo inicial y potencial de cada droga en los que parece que:

Tabla 2: Relación entre prevalencia del consumo, acceso al producto y consumo en caso de venta libre en % sobre el total de muestra. Los datos en cursiva corresponden a los jóvenes de la muestra entre 16 y 19 años expresados en % sobre el total de la submuestra

	Consumo de drogas ilegales %				**Acceso a las drogas ilegales %**			**Consumo en caso de venta libre**	
	La han probado	Han reiterado	Consumen	Consumen diariamente	Le han ofrecido	Cree es fácil conseguirlo	Sabe dónde conseguirlo	Ya ha probado	Probaría
Cannabis	16,3	8,3	2,5	0,0-	29 *48,5*	62 *76*	33 *53*	16,3	5,9
Cocaína	4,3	2,0	0,5	0,0-	14 *17,0*	56 *62,5*	26 *36,5*	4,3	2,7
Heroína	0,8	0,4	0,1	0,0-	7 *8,5*	52 *57*	23 *31,5*	0,8	0,8
Crack	0,3	0,1	0,0-	0,0-	4 *5,5*	37 *42,5*	17 *24*	0,3	0,6
D. Sintéticas	2,2	0,9	0,2	0,0-	9 *20,0*	47 *62*	23 *38*	2,2	2,0

a) probar una o dos veces no lleva necesariamente al consumo abusivo y a la adicción.

b) la oferta de cannabis y cocaína es claramente superior al de las otras drogas estudiadas y aunque los encuestados creen que es fácil adquirirlas son muchos menos los que saben donde. Es curioso el dato de que la heroína se la han ofrecido a pocas personas en relación a lo fácil que se cree que es conseguirla y en donde conseguirla.

c) en el caso de la cannabis y la cocaína el número de personas que dice que probaría dichas drogas si fueran de venta libre es menor que el de las que dice que las ha probado.

El consumo de los escolares.

La **Encuesta Nacional sobre Drogas** que se realizó en 1993 y la **Encuesta Escolar sobre Drogas** de 1994 no son comparables en absoluto debido a las diferencias en la población a la que va dirigida, en el cuestionario, en las condiciones de aplicación y en la selección muestra. La **Encuesta Escolar sobre Drogas** se realizó sobre una muestra de 21.094 escolares de estudios secundarios que tienen entre 14 y 18 años de enseñanza pública y privada. En la **tabla 3** se presentan las prevalencias de consumo "alguna vez en la vida" y "últimos 30 días" de algunas sustancias. Los datos del **consumo de tabaco** muestran que el 59,6% han probado alguna vez el tabaco, el 34,1% muy de vez en cuando y el 28,1% en el último mes. Con la edad aumenta el número de estudiantes que fuman *diariamente* pasando del 8,1% a los 14 años al 36,2% a los 18 años mientras que las categorías fin de semana y esporádico se mantienen estables oscilando alrededor del 6% en el caso de los fines de semana y del 1% en la categoría de esporádico. Por otra parte como viene siendo habitual en los estudios recientes, la prevalencia del consumo del tabaco en escolares es superior en las mujeres.

El **consumo de bebidas alcohólicas** es sin duda el de mayor prevalencia en la población escolar estudiada como ocurre con la Encuesta Nacional. Los autores del estudio han clasificado a los bebedores en 5 tipos según la frecuencia de consumo y la graduación de la bebida. Los grupos mas frecuentes en la muestra estudiada son de bebedores de fin de semana, distinguiéndose dos grupos: el grupo de los de bebidas de alta graduación con independencia del consumo de baja graduación (tipo 3 en el estudio) y el de bebidas alcohólicas en general con frecuencia inferior a la semanal (tipo 5). El porcentaje de escolares del grupo 5 disminuye ligeramente con la edad del 44,3% a los 14 años al 35,1% a los 18 años; sin embargo el porcentaje de los del grupo 3 aumenta claramente con la edad, del 7,8% a los 14 años al 29,1% a los 18. Estos datos está en consonancia con el hecho de que se considera que las bebidas alcohólicas no son difíciles de conseguir y de la creencia de que consumirlas diariamente no es muy perjudicial. El consumo de tabaco (20 cigarrillos) se considera más perjudicial que el consumo de bebidas alcohólicas (dos copas/día).

Respecto al consumo de drogas ilegales, la cannabis es la de mayor prevalencia. Es sorprendente el consumo de pastillas en general y en particular, fármacos tranquilizantes sin receta médica, además de las consumidas bajo el epígrafe de "speed y anfetaminas", "éxtasis y otras drogas químicas" y alucinógenos que serían propiamente de tráfico ilegal. En cuanto al consumo de cocaína y heroína hay que señalar que, como en anteriores estudios, la prevalencia de consumo de cocaína es

mayor que el de la heroína y que como en todas estas drogas, la prevalencia es mayor en hombres que en mujeres excepto en el caso de los tranquilizantes.

Tabla 3.- **Prevalencia de consumo "alguna vez en la vida" y en los "últimos 30 días" de diferentes sustancias**. **Encuesta Escolar 1994 DGPNSD.**

Sustancias	Prevalencia alguna vez	Prevalencia últ. 30 días
Tabaco[1]	34,1	28,1
Alcohol	83,7	78,5
Cannabis	20,8	12,2
Tranquilizantes	5,9	2,5
Cocaína	2,4	1,0
Heroína[2]	0,5	0,2
Speed y Anfetaminas	4,1	2,1
Extasis y otras	3,5	2,0
Alucinógenos	4,7	2,4

[1] En el caso del tabaco se ha excluido el consumo "He fumado alguna vez cigarrillos pero solo algunos en mi vida" ; [2] En esta sustancia el coeficiente de variación es excesivo, (C :V :>10) lo que dificulta la estimación.

En la **tabla 4** se presentan datos de la **percepción del riesgo** y la **disponibilidad del producto** en relación a la **prevalencia del consumo** manifestándose una clara percepción del riesgo del consumo referido al consumo frecuente y a la adicción para todo tipo de sustancia sea cual sea la edad y el nivel de consumo. Evidentemente, el consumo de heroína es el que se percibe de mayor riesgo y los tranquilizantes el menor. La disponibilidad del producto en relación a la demanda hace pensar en un fuerte rechazo al consumo bien sea por los riesgos que entraña o por otras variables como el precio. Lo que parece claro es que los canales de distribución son suficientes y la oferta y puntos de venta es amplia, dada la diferencia de mas de 20 puntos entre la prevalencia de consumo y la facilidad de acceso a la droga.

Tabla 4.- Relación entre prevalencia de consumo, riesgo percibido y disponibilidad del producto.

	Hachís/ marihuana		Cocaína		Heroína		Éxtasis		Tranquili-zantes	
Consumo ultimo año	18.1	**33.8**	1.7	**5.0**	0.3	**0.4**	3.0	**7.3**	4.3	**5.7**
Consumo ult. 30 días	12.2	**22.8**	1.0	**2.6**	0.2	**0.3**	2.0	**4.8**	2.5	**3.1**

Muchos problemas probar	29.0	**21**	34.3	**34.2**	38.0 **43.9**	24.8 **23.9**	14.0	**15.9**
Muchos problemas consumo habitual	67.7	**58.4**	82.7	**85.7**	85.0 **88.6**	72.2 **73.9**	48.2	**54**
Fácil de conseguir	43.3	**61.4**	21.7	**33.1**	18.4 **21.4**	31.0 **43.2**	70.2	**74.2**

Columna izquierda: datos de la muestra total. **Columna derecha : datos de los escolares de 18 años**

PERSPECTIVAS DE FUTURO

Parece que la situación en España respecto al consumo de drogas ha cambiado sustancialmente debido a un mayor conocimiento de las drogas foráneas que produjeron en 1985 un grave problema sociosanitario derivado del consumo de heroína. La demanda social de ayuda hacia ese colectivo ya está prácticamente cubierta con los diversos programas que desde el conjunto de los planes regionales sobre drogas se han desarrollado, incluyendo tratamiento a la adicción, mantenimiento con opiáceos, reducción del riesgo, etc.. Sin embargo el colectivo de heroinómanos mas recalcitrantes y depauperados sólo demanda asistencia sanitaria y, por otra parte, pide libre acceso a los opiáceos. Respecto a este colectivo hay que estar atento a la posibilidad de que sea un potente foco de infección de VIH y de un amplio número de enfermedades infecciosas que se consideraban extintas. La conciencia social de este hecho probablemente cierre el aumento de la prevalencia del consumo de heroína (especialmente vía endovenosa) pero puede producir un segregacionismo indeseable.

La acción legislativa en España respecto a este tema se sitúa en un nivel liberal respecto a la legislación en el resto de los países comunitarios, penalizando el tráfico y sancionando el consumo público pero, como ya hemos visto, fundamentalmente, consigue mantener a un buen número de adictos en las prisiones. Así pues aunque el nivel de hipocresía legislativa sea menor que el de los países de nuestro entorno, sus efectos no obstante son similares.

El control de la oferta de drogas mediante la represión del tráfico es hoy por hoy, en España como en el resto de los países desarrollados, una quimera. La policía no siempre conoce la magnitud del problema en términos de redes de distribución, venta, cobertura de mercado y, en consecuencia, se ve obligada a reprimir el tráfico según la alarma social y la oportunidad conyuntural lo establezcan de acuerdo con la legislación. Dadas las dificultades *de controlar la oferta* el objetivo de la sociedad ha de ser *controlar la demanda* mediante un proceso educativo y cultural. El objetivo de la justicia ha de ser contribuir al mismo objetivo manteniendo la oferta ajustada a la demanda de manera que los **precios se mantengan** y no se

extienda el consumo por la vía de abaratamiento del producto. El limite del control y la represión lo ha de marcar la sociedad en su capacidad para convivir con las nuevas drogas importadas o con las nuevas drogas que se están fabricando en el país. Hemos de recordar que el consumo de bebidas alcohólicas es la causa de morbilidad/mortalidad mas importante entre las referidas al consumo de drogas.

Todavía conviene recordar que los modos de consumo son tanto o más importantes que las propias sustancias en lo relativo a los aspectos sanitarios del problema y que la función que tenga el consumo determina el nivel de adaptación del individuo y su nivel de integración social. La venta de cigarrillos liados listo para encender permitió el aumento de la frecuencia de su consumo y todos los problemas asociados al consumo de tabaco relacionados con el abuso. Parece que la venta de drogas en forma de pastillas (derivados de anfetaminas) facilita el tráfico y la distribución de estos productos y está produciendo un importante aumento de la prevalencia aunque, probablemente debido a las características de la sustancia, los casos de abuso, sean escasos. En cualquier caso, esperamos que la mayor cultura de la población española impedirá el abuso de estas sustancias, como de hecho está ocurriendo ya que a pesar del aumento de la prevalencia, parece que en general se consume con baja frecuencia y por ahora no se detectan problemas sanitarios asociados (DGPNSD, 1985).

REFERENCIAS

DGPNSD. *Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid : Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985.

DGPNSD. *Memoria del Plan Nacional sobre Drogas de 1993*. Ministerio de Justicia e Interior. Madrid : D.G. de Servicios, 1994.

DGPNSD. Encuesta Nacional sobre Drogas (Población general) de 1993. Opiniones comportamiento de los españoles ante el consumo de drogas tabaco y alcohol Estudio nº 2080 CIS. Informe no publicado. Ministerio de Justicia e Interior, Enero de 1994.

DGPNSD. *Memoria del Plan Nacional sobre Drogas de 1994.* Ministerio de Justicia e Interior. Madrid : D.G. de Servicios, 1995.

DGPNSD. Evolución terapéutica previa al ingreso en prisión del drogodependiente. Informe no publicado. Ministerio de Justicia e Interior, 1995.

DGPNSD. Epidemiología del consumo de estimulantes y alucinógenos y de urgencias hospitalarias relacionadas con su consumo en España. I. Informe no publicado. Ministerio de Justicia e Interior, Enero de 1995.

DGPNSD. Encuesta Escolar sobre Drogas de 1994. Informe de Resultados CUANTER.. Informe no publicado. Ministerio de Justicia e Interior, Marzo de 1995.

PRD. *Programas asistenciales*. 15 volúmenes. Plan Regional sobre Drogas. Comunidad de Madrid. Consejería de Integración Social, 1995.

Notas:

1 Las conclusiones de este trabajo han sido presentados en una conferencia en el III Congreso Nacional de Psicología Clínica y de la Salud. Benalmádena.1995.

2. La han probado alguna vez.

Agradecimientos:

A los técnicos del PNSD L. de la Fuente, G. Barrio, J. Salvador por las facilidades en la recogida de la información y sus sugerencias.